N° 89-653-X2015007 au catalogue
ISBN 978-0-660-03893-3

Enquête auprès des peuples autochtones de 2012

Évaluation des déterminants sociaux de la santé autodéclarée des Inuits de l'Inuit Nunangat

par Thomas Anderson et Amanda Thompson

Date de diffusion : le 22 février 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Introduction

Les niveaux de santé et de bien-être de la population inuite sont inférieurs à ceux de l'ensemble de la population au Canada (Administrateur en chef de la santé publique, 2008). Parmi les indicateurs de cet écart au chapitre de la santé, notons des niveaux plus faibles d'une santé autoévaluée comme étant excellente ou très bonne (Wallace, 2014; Gionet et Roshanafshar, 2013; Tait, 2008) ainsi que des niveaux plus faibles d'une santé mentale autoévaluée comme excellente ou très bonne (Gionet et Roshanafshar, 2013). Les Inuits sont plus susceptibles de déclarer des troubles respiratoires comme l'asthme (Gionet et Roshanafshar, 2013) et la tuberculose, comparativement à la population non autochtone au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2015). En outre, les Inuits affichent une espérance de vie plus courte et des taux de mortalité infantile plus élevés, comparativement à la population totale au Canada (Wilkins et autres, 2008).

L'Inuit Tapiriit Kanatami — l'organisme national des Inuits au Canada — a déclaré que « à bien des égards, cet écart au chapitre de la santé est un symptôme des mauvaises conditions socioéconomiques dans les communautés inuites, qui sont caractérisées par des taux de pauvreté élevés, des niveaux de scolarité plus faibles, des possibilités d'emploi restreintes et des conditions de logement inadéquates » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). Ces facteurs sont appelés déterminants sociaux de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé » (Organisation mondiale de la Santé, 2013).

L'Inuit Tapiriit Kanatami a élaboré un ensemble spécifique de déterminants sociaux de la santé rélatifs à la population inuite, à la suite de consultations et d'un examen des ouvrages recensés (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). Au total, le rapport a permis d'identifier 11 déterminants de la santé relatifs aux Inuits au Canada : la qualité du développement de la petite enfance, la culture et la langue, les moyens de subsistance, la répartition du revenu, le logement, la sécurité personnelle, l'éducation, la sécurité alimentaire, la disponibilité des services de santé, le bien-être mental et l'environnement.

La présente analyse utilise les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de 2012 pour examiner les rapports existant entre la santé autodéclarée et certains déterminants sociaux de la santé identifiés par l'Inuit Tapiriit Kanatami. L'EAPA ne renferme pas de données sur des domaines tels que l'environnement ou le développement de la petite enfance, et par conséquent, il n'était pas possible d'examiner les indicateurs de ces déterminants sociaux de la santé aux fins de l'analyse.

Méthodes et source des données

La présente analyse examine l'association entre les déterminants sociaux de la santé et la santé dite excellente ou très bonne. Les déterminants sociaux choisis pour l'analyse étaient fondés sur les déterminants de la santé des Inuits décrits dans le document de travail publié en 2014 par l'Inuit Tapiriit Kanatami intitulé *Social Determinants of Inuit Health in Canada*[1]. Les données de l'EAPA de 2012 ont été utilisées pour explorer différents éléments des déterminants sociaux de la santé et leur relation avec la santé autodéclarée des Inuits.

Puisque les Inuits plus jeunes sont plus susceptibles que ceux plus âgés de déclarer que leur santé est excellente ou très bonne (Wallace, 2014), l'analyse a permis d'étudier séparément les Inuits de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 54 ans. L'examen des ouvrages existants donne à penser que des déterminants différents peuvent être plus importants, selon l'étape de la vie atteinte par le répondant (Reading et Wien, 2009). Par exemple, l'accès aux soins de santé peut être plus important chez les personnes vieillissantes en raison du fait que la santé diminue avec l'âge.

La santé, y compris les déterminants sociaux de la santé, diffère entre les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et ceux résidant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (Wallace, 2014). Par conséquent, l'analyse se limitait aux Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat.

Aux fins de l'analyse, on a choisi la santé autodéclarée, puisqu'il s'agit d'un indicateur général de la santé globale qui s'est révélé un élément fiable de la santé entre les cultures et les conditions socioéconomiques (Burström et Fredlund, 2001; DeSalvo et autres, 2005; Rohrer et autres, 2007). De plus, il permet aux répondants de tenir compte de facteurs multiples lorsqu'on leur demande de déterminer leur propre état de santé; la santé autodéclarée peut être influencée par le sentiment de bien-être du répondant, par l'information fournie par un professionnel de la santé (par exemple un diagnostic de problème de santé chronique), par les comportements personnels influant sur la santé (notamment l'exercice physique, le régime alimentaire, le tabagisme etc.). En se concentrant sur les réponses de type « excellente » et « très bonne » aux questions relatives à la santé, l'objectif était de déterminer les caractéristiques prédisant le mieux un état de santé optimal.

L'analyse a été fondée sur un échantillon extrait de l'EAPA de 2012 et composé de 2 925 Inuits de 15 à 54 ans. Les non-réponses (partielles) pour la santé autodéclarée n'ont pas été incluses dans le calcul des proportions des réponses évaluées comme « excellente » et « très bonne » aux questions relatives à la santé. La non-réponse partielle désigne les réponses « Ne sait pas », « Refus » ou « Non déclaré » à une question spécifique. Le taux de non-réponse partielle à cette question était de 7 %. Pour obtenir plus de renseignements au sujet de l'EAPA de 2012 et de la non-réponse partielle, veuillez consulter le document *Enquête auprès des peuples autochtones, 2012 : Guide des concepts et méthodes* (Cloutier et Langlet, 2013).

Régression logistique multivariée

On a utilisé un modèle de régression logistique multivariée pour tester la relation entre les différents déterminants sociaux de la santé et la probabilité de déclarer que la santé était excellente ou très bonne plutôt qu'une santé passable, mauvaise ou très mauvaise, après une analyse bidimensionnelle des mêmes déterminants. L'analyse permet de tester la relation indépendante entre un déterminant social spécifique de la santé et la probabilité d'être en excellente ou très bonne santé lorsque les autres déterminants sociaux sont maintenus constants (c.-à-d. établis à la valeur moyenne). On a testé des modèles distincts chez les Inuits plus jeunes (de 15 à 24 ans) et ceux plus âgés (de 25 à 54 ans). L'échantillon composé des Inuits de 55 ans et plus n'étant pas suffisamment grand pour réaliser une analyse multivariée, ce groupe a été exclu de l'analyse.

On a estimé la probabilité non rajustée et la probabilité rajustée au moyen d'une estimation de la variance en utilisant les poids bootstrap du fichier principal de l'EAPA. La probabilité non rajustée désigne la probabilité d'être en excellente ou très bonne santé avec ou sans un déterminant social de la santé. La probabilité rajustée (ou prédite) désigne la probabilité d'être en excellente ou très bonne santé lorsque les autres facteurs du modèle sont contrôlés.

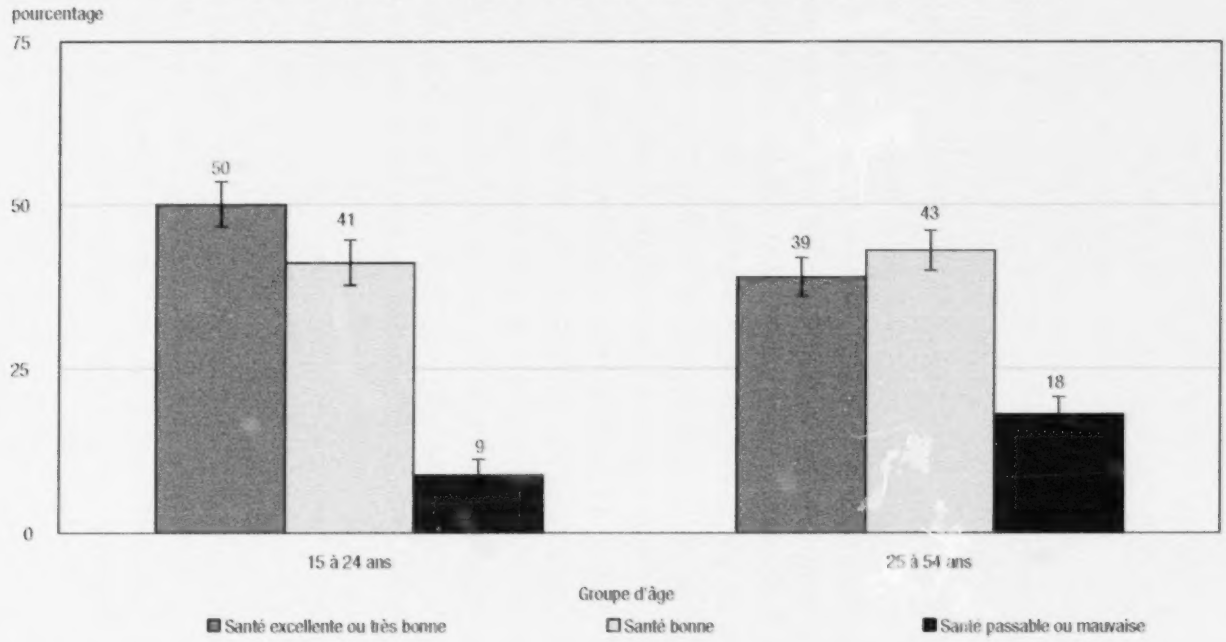
1. Pour obtenir plus de renseignements sur la façon dont les déterminants ont été mesurés au moyen de l'EAPA de 2012, veuillez consulter l'annexe A.

Les catégories « données manquantes » (à la fois les non-réponses partielles et les sauts valides) pour chaque variable catégorique étaient incluses dans le modèle, mais elles n'ont pas été interprétées ni présentées dans les tableaux. Tous les déterminants sociaux, peu importe leur caractère significatif, ont été conservés dans le modèle final en raison de leur importance théorique.

La proportion de répondants se disant en excellente ou très bonne santé variait selon le groupe d'âge

Selon l'EAPA de 2012, la moitié (50 %) des Inuits de 15 à 24 ans ont déclaré être en excellente ou très bonne santé. Dans la population totale au Canada âgée de 15 à 24 ans, une proportion de 69 % a indiqué être en excellente ou très bonne santé (Wallace, 2014). Chez les Inuits de 25 à 54 ans, 39 % ont mentionné être en excellente ou très bonne santé, par rapport à 64 % de la population totale au Canada âgée de 25 à 54 ans (Wallace, 2014).

Graphique 1
Santé autodéclarée selon le groupe d'âge, Inuits âgés de 15 à 24 ans et de 25 à 54 ans, Inuit Nunangat, 2012



Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Chez les Inuits plus jeunes, un niveau de scolarité supérieur était associé à des niveaux plus élevés de santé excellente ou très bonne

Les Inuits plus jeunes étaient plus susceptibles de déclarer être en excellente ou très bonne santé lorsqu'ils détenaient un diplôme d'études secondaires ou d'études postsecondaires. On estimait qu'un peu plus de 4 répondants sur 10 (41 %) n'ayant pas terminé des études secondaires étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 55 % de ceux ayant un diplôme d'études secondaires. Les répondants qui avaient obtenu un diplôme d'études postsecondaires et ceux qui étaient aux études au moment de l'enquête présentaient également une probabilité plus élevée d'être en excellente ou très bonne santé, comparativement à ceux n'ayant pas terminé des études secondaires (62 % et 57 % par rapport à 41 %, respectivement). Le tableau 1 présente la probabilité non rajustée et la probabilité rajustée d'avoir une santé autodéclarée excellente ou très bonne, selon certaines caractéristiques, chez les Inuits de 15 à 24 ans.

L'implication de la famille est un élément central de la culture inuite (Inuit Tapiriit Kanatami, 2015). L'EAPA de 2012 demandait aux répondants d'évaluer la solidité des liens avec les autres membres de leur famille qui vivaient dans un autre ménage mais dans la même communauté. Les Inuits plus jeunes qui avaient déclaré des liens familiaux forts ou très forts (55 %) étaient plus susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé, comparativement à ceux ayant indiqué avoir des liens modérés, faibles ou très faibles (43 %).

En 2012, les Inuits de 15 ans et plus étaient plus de trois fois plus susceptibles de déclarer qu'ils fumaient la cigarette tous les jours, comparativement à la population totale au Canada faisant partie du même groupe d'âge (Wallace, 2014). Les Inuits plus jeunes qui étaient des fumeurs quotidiens étaient moins susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé, une fois que les autres facteurs ont été contrôlés. On estimait que moins de la moitié (47 %) des fumeurs quotidiens étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 55 % des fumeurs occasionnels et des non-fumeurs.

La notion de logement surpeuplé était aussi associée négativement à la santé autodéclarée excellente ou très bonne. Les Inuits plus jeunes qui habitaient un logement surpeuplé — défini aux fins de la présente analyse comme un logement où vivent plus d'une personne par pièce — étaient moins susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé (46 % par rapport 54 %). Des études antérieures ont démontré que les Inuits — particulièrement ceux vivant dans l'Inuit Nunangat — étaient plus susceptibles de vivre dans un logement surpeuplé, par rapport à l'ensemble de la population au Canada (Wallace, 2014).

Tout comme elle a été associée à différents résultats négatifs au chapitre de la santé (Statistique Canada, 2011), l'obésité a aussi été associée à une probabilité plus faible d'être en excellente ou très bonne santé chez les Inuits de 15 à 24 ans. On estimait que près du tiers (32 %) de ces répondants qui avaient un indice de masse corporelle les classant dans la catégorie des personnes obèses étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 52 % de ceux ayant un poids insuffisant, un poids normal ou faisant de l'embonpoint.

Bien que la date de la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires soit corrélée avec la santé autodéclarée, celle-ci n'était pas significative une fois les autres facteurs pris en compte. L'accès limité aux soins dentaires est un problème de santé récurrent dans l'Inuit Nunangat (Santé Canada, 2011). Les Inuits plus jeunes (36 %) qui n'avaient pas consulté un professionnel des soins dentaires au cours des trois années précédant l'enquête étaient moins susceptibles que ceux qui l'avaient fait (52 %) de déclarer que leur santé était excellente ou très bonne; cependant, une fois les autres facteurs ont été contrôlés, cet écart n'était plus significatif.

Les Inuits de 25 à 54 ans qui avaient éprouvé des difficultés à obtenir des soins de santé étaient moins susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé

Comme la santé a tendance à diminuer avec l'âge, la probabilité de déclarer être en excellente ou très bonne santé était plus faible chez les Inuits de 25 à 54 ans que chez ceux de 15 à 24 ans. Le tableau 2 présente la probabilité non rajustée et celle rajustée d'avoir une santé autodéclarée excellente ou très bonne, selon certaines caractéristiques, chez les Inuits de 25 à 54 ans.

L'accès aux services de soins de santé est limité dans l'Inuit Nunangat, et l'on a constaté que le niveau d'accès est associé à l'autoévaluation de l'état de santé chez les adultes en âge de travailler (Tjepkema et autres, 2010; Distasio et autres, 2004). L'accès aux services de soins de santé était associé à la santé autodéclarée excellente ou très bonne chez les Inuits de 25 à 54 ans, ce qui peut être en partie attribuable au déclin de la santé avec l'âge et au besoin subséquent de soins de santé. On a demandé aux répondants de l'EAPA de 2012 s'il y avait eu, au cours des 12 mois précédant l'enquête, un moment où ils avaient cru avoir besoin de soins de santé mais ne les avaient pas obtenus. On estimait que le quart (24 %) des répondants ayant indiqué une telle situation étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 41 % de ceux pour qui cela n'était pas le cas, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, où ils avaient cru avoir besoin de soins de santé mais ne les avaient pas obtenus.

La question liée à la sécurité alimentaire chez les Inuits a été bien documentée (Wallace, 2014; Rosol et autres, 2011; Huet, Rosol et Egeland, 2012). On estimait qu'un peu plus du tiers (35 %) des Inuits de 25 à 54 ans présentant un degré faible ou très faible de sécurité alimentaire étaient en excellente ou très bonne santé, une fois les autres

facteurs pris en compte, alors que la probabilité chez ceux présentant un degré élevé ou marginal de sécurité alimentaire était supérieure (43 %).

La probabilité chez les Inuits de 25 à 54 ans d'être en excellente ou très bonne santé était aussi associée aux conditions du logement. On estimait que le tiers (33 %) des personnes habitant un logement nécessitant des réparations majeures était en excellente ou très bonne santé, comparativement à 41 % de celles vivant dans un logement nécessitant seulement un entretien régulier ou des réparations mineures.

Comme cela était le cas chez les Inuits plus jeunes, la probabilité de déclarer être en excellente ou très bonne santé était associée positivement à des liens familiaux solides pour ce qui est des Inuits de 25 à 54 ans. La probabilité rajustée chez les Inuits ayant indiqué des liens familiaux forts ou très forts était plus élevée (42 %), par rapport à ceux ayant déclaré des liens modérés, faibles ou très faibles (34 %).

L'existence d'un problème de santé mentale diagnostiqué était associée à la santé autodéclarée. Les Inuits de 25 à 54 ans ayant reçu un diagnostic d'un trouble de l'humeur ou trouble d'anxiété étaient moins susceptibles (27 %) que ceux n'ayant pas reçu un tel diagnostic (40 %) d'être en excellente ou très bonne santé. Les Inuits de 25 à 54 ans n'ayant pas terminé des études secondaires étaient aussi moins susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé. On estimait qu'un peu plus du tiers (35 %) de ceux qui n'avaient pas terminé des études secondaires étaient en excellente ou très bonne santé, par rapport à 46 % de ceux ayant terminé des études postsecondaires.

Les Inuits de 25 à 54 ans qui étaient obèses — selon les indices de masse corporelle et les seuils établis par l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 1995) étaient moins susceptibles d'être en excellente ou très bonne santé par rapport aux Inuits ayant un poids insuffisant, un poids normal ou faisant de l'embonpoint. On estimait que le tiers (33 %) des personnes obèses étaient en excellente ou très bonne santé, comparativement à 42 % de celles formant la catégorie de référence. Il convient de souligner qu'on n'observait aucune différence significative pour ce qui est des probabilités non rajustées entre les personnes obèses et celles ayant un poids insuffisant, un poids normal ou faisant de l'embonpoint — la différence était seulement significative lorsque les autres déterminants sociaux étaient contrôlés.

Même après avoir tenu compte d'autres déterminants, les inuites de 25 à 54 ans étaient moins susceptibles que les hommes inuits d'être en excellente ou très bonne santé. On estimait qu'un peu plus du tiers (36 %) des inuites étaient en excellente ou très bonne santé, une fois les autres facteurs étaient contrôlés, comparativement à 42 % des hommes inuits.

Tout comme les Inuits plus jeunes, ceux âgés de 25 à 54 ans étaient plus susceptibles (42 %) d'être en excellente ou très bonne santé s'ils avaient consulté un professionnel des soins dentaires au cours des trois années précédant l'enquête que ceux qui ne l'avaient pas fait (33 %). De même, les personnes qui avaient un emploi ou travaillaient dans une entreprise, ou qui participaient à une activité traditionnelle au moins une fois par semaine étaient plus susceptibles (41 %) que celles qui n'avaient pas d'emploi ou qui n'étaient pas régulièrement actives dans une activité traditionnelle (30 %) de déclarer être en excellente ou très bonne santé. Cependant, ces résultats — tant pour les personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires que pour celles occupant un emploi ou participant à des activités traditionnelles — étaient seulement significatifs au niveau bidimensionnel, et on ne constatait aucune association après avoir tenu compte d'autres facteurs.

Tableau 1

Probabilités non rajustées et rajustées associant certaines caractéristiques à la santé autodéclarée excellente ou très bonne, Inuits âgés de 15 à 24 ans, Inuit Nunangat, 2012

Certaines caractéristiques	Probabilité non rajustée	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Probabilité rajustée	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Sexe						
Hommes (réf.)	0,50	0,45	0,55	0,51	0,46	0,56
Femmes	0,50	0,46	0,55	0,50	0,45	0,54
Tabagisme						
Fume la cigarette tous les jours	0,46***	0,41	0,50	0,47*	0,43	0,51
Fume à l'occasion ou pas du tout (réf.)	0,59	0,53	0,64	0,55	0,50	0,61
Consommation d'alcool						
Consommation abusive d'alcool sur une base fréquente	0,37	0,24	0,52	0,41	0,27	0,57
Pas de consommation abusive d'alcool sur une base fréquente (réf.)	0,51	0,47	0,54	0,50	0,47	0,54
Indice de masse corporelle						
Poids insuffisant, poids normal ou embonpoint (réf.)	0,52	0,48	0,56	0,52	0,47	0,56
Obèse	0,33**	0,24	0,45	0,32***	0,23	0,42
Revenu total du ménage						
Quartile de revenu inférieur (réf.)	0,44	0,36	0,52	0,48	0,40	0,56
Pas dans le quartile de revenu inférieur	0,52	0,48	0,56	0,51	0,47	0,55
Éducation — Plus haut niveau atteint						
Est actuellement aux études	0,60***	0,54	0,65	0,57***	0,51	0,63
Études secondaires non terminées (réf.)	0,39	0,33	0,45	0,41	0,36	0,47
Études secondaires	0,55**	0,47	0,63	0,55**	0,47	0,63
Études postsecondaires	0,64***	0,52	0,75	0,62**	0,50	0,73
Moyens de subsistance						
Travaille à un emploi ou dans une entreprise ou participe à une activité traditionnelle (réf.)	0,50	0,46	0,54	0,49	0,45	0,53
Ni employé ni actif dans une activité traditionnelle	0,51	0,44	0,58	0,53	0,47	0,60
Surpeuplement du logement						
Une personne ou moins par pièce (réf.)	0,56	0,51	0,61	0,54	0,49	0,59
Plus d'une personne par pièce	0,46*	0,41	0,51	0,46*	0,42	0,51
Logement nécessitant des réparations						
Logement nécessitant seulement des réparations mineures ou un entretien régulier (réf.)	0,52	0,48	0,56	0,51	0,47	0,55
Logement nécessitant des réparations majeures	0,46	0,38	0,55	0,49	0,40	0,57
Sécurité alimentaire						
Sécurité alimentaire élevée ou marginale (réf.)	0,55	0,49	0,60	0,51	0,46	0,56
Sécurité alimentaire faible ou très faible	0,49	0,44	0,54	0,51	0,46	0,56
Difficultés d'accès aux soins de santé						
Situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus	0,43	0,32	0,54	0,48	0,37	0,58
Aucune situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus (réf.)	0,52	0,48	0,55	0,50	0,47	0,54
Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires						
Au cours des trois dernières années (réf.)	0,52	0,48	0,56	0,51	0,47	0,54
Dernière visite remonte à plus de trois ans	0,36*	0,26	0,48	0,42	0,32	0,54
Capacité de parler une langue inuite						
Parle une langue inuite très bien ou relativement bien (réf.)	0,51	0,46	0,55	0,52	0,47	0,56
Parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots	0,50	0,44	0,56	0,48	0,42	0,54
Ne parle aucune langue inuite	0,43	0,32	0,55	0,43	0,32	0,54
Solidité des liens familiaux						
Liens forts ou très forts (réf.)	0,56	0,52	0,61	0,55	0,50	0,59
Liens modérés à très faibles	0,43***	0,37	0,49	0,43**	0,37	0,49
Présence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété						
Diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété	0,36	0,23	0,52	0,38	0,26	0,52
Pas de diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (réf.)	0,52	0,48	0,55	0,51	0,47	0,55
Antécédents de fréquentation d'un pensionnat						
Antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat	0,51	0,46	0,56	0,50	0,45	0,55
Aucun antécédent personnel ou familial de fréquentation d'un pensionnat (réf.)	0,54	0,45	0,62	0,53	0,44	0,61
Taille du centre de population						
Région rurale (réf.)	0,48	0,44	0,52	0,49	0,45	0,53
Petit centre de population	0,55	0,48	0,62	0,53	0,46	0,60

* valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,05$)
** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,01$)
*** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,001$)
(réf.) Catégorie de référence

Note : Les valeurs figurant dans le présent tableau ont été calculées au moyen d'un modèle de régression logistique. Les probabilités rajustées ont été calculées en testant la relation indépendante entre un déterminant social spécifique de la santé et la probabilité d'être en excellente ou très bonne santé lorsque les autres variables sont maintenues constantes (c.-à-d. établies à la valeur moyenne).

Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Tableau 2

Probabilités non rajustées et rajustées associant certaines caractéristiques à la santé autodéclarée excellente ou très bonne, Inuits âgés de 25 à 54 ans, Inuit Nunangat, 2012

Certaines caractéristiques	Probabilité non rajustée	Intervalle de confiance à 95 % de	à	Probabilité rajustée	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Sexe						
Hommes (réf.)	0,43	0,39	0,48	0,42	0,38	0,46
Femmes	0,35**	0,31	0,39	0,36*	0,32	0,40
Tabagisme						
Fume la cigarette tous les jours	0,37	0,34	0,41	0,38	0,34	0,41
Fume à l'occasion ou pas du tout (réf.)	0,43	0,38	0,48	0,41	0,36	0,46
Consommation d'alcool						
Consommation abusive d'alcool sur une base fréquente	0,34	0,22	0,47	0,35	0,25	0,47
Pas de consommation abusive d'alcool sur une base fréquente (réf.)	0,40	0,37	0,43	0,40	0,37	0,43
Indice de masse corporelle						
Poids insuffisant, poids normal ou embonpoint (réf.)	0,42	0,38	0,46	0,42	0,38	0,46
Obèse	0,37	0,31	0,43	0,33**	0,28	0,39
Revenu total du ménage						
Quartile de revenu inférieur (réf.)	0,37	0,31	0,43	0,41	0,36	0,47
Pas dans le quartile de revenu inférieur	0,40	0,36	0,43	0,38	0,35	0,41
Éducation — Plus haut niveau atteint						
Études secondaires non terminées (réf.)	0,34	0,29	0,38	0,35	0,30	0,39
Études secondaires	0,41	0,35	0,46	0,40	0,35	0,45
Études postsecondaires	0,47***	0,42	0,53	0,46**	0,40	0,51
Moyens de subsistance						
Travaille à un emploi ou une entreprise ou actif dans une activité traditionnelle (réf.)	0,41	0,38	0,44	0,40	0,37	0,43
Ni employé ni actif dans une activité traditionnelle	0,30*	0,24	0,38	0,33	0,26	0,41
Surpeuplement du logement						
Une personne ou moins par pièce (réf.)	0,39	0,35	0,43	0,38	0,34	0,42
Plus d'une personne par pièce	0,39	0,34	0,43	0,39	0,35	0,44
Logement nécessitant des réparations						
Travaille à un emploi ou dans une entreprise ou participe à une activité traditionnelle (réf.)	0,42	0,39	0,45	0,41	0,38	0,44
Logement nécessitant des réparations majeures	0,30***	0,25	0,36	0,33*	0,28	0,39
Sécurité alimentaire						
Sécurité alimentaire élevée ou marginale (réf.)	0,46	0,42	0,51	0,43	0,38	0,47
Sécurité alimentaire faible ou très faible	0,33***	0,29	0,37	0,35*	0,31	0,39
Difficultés d'accès aux soins de santé						
Situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus	0,24***	0,18	0,31	0,24***	0,18	0,31
Aucune situation où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus (réf.)	0,41	0,38	0,45	0,41	0,38	0,44
Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires						
Au cours des trois dernières années (réf.)	0,42	0,38	0,45	0,40	0,37	0,44
Dernière visite remonte à plus de trois ans	0,33*	0,26	0,40	0,35	0,28	0,42
Capacité de parler une langue inuite						
Parle une langue inuite très bien ou relativement bien (réf.)	0,38	0,34	0,42	0,39	0,35	0,42
Parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots	0,42	0,36	0,48	0,39	0,34	0,45
Ne parle aucune langue inuite	0,43	0,34	0,53	0,40	0,31	0,49
Solidité des liens familiaux						
Liens forts ou très forts (réf.)	0,43	0,39	0,47	0,42	0,38	0,46
Liens modérés à très faibles	0,32**	0,27	0,37	0,34*	0,29	0,39
Présence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété						
Diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété	0,26**	0,19	0,35	0,27*	0,18	0,37
Pas de diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (réf.)	0,40	0,37	0,44	0,40	0,37	0,43
Antécédents de fréquentation d'un pensionnat						
Antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat	0,42	0,38	0,45	0,41	0,37	0,44
Aucun antécédent personnel ou familial de fréquentation d'un pensionnat (réf.)	0,37	0,29	0,45	0,39	0,31	0,47
Taille du centre de population						
Région rurale (réf.)	0,38	0,34	0,41	0,39	0,35	0,42
Petit centre de population	0,41	0,36	0,47	0,40	0,34	0,45

* valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,05$)

** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,01$)

*** valeur statistiquement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < ,001$)

(réf.) Catégorie de référence

Note : Les valeurs figurant dans le présent tableau ont été calculées au moyen d'un modèle de régression logistique. Les probabilités rajustées ont été calculées en testant la relation indépendante entre un déterminant social spécifique de la santé et la probabilité d'être en excellente ou très bonne santé lorsque les autres variables sont maintenues constantes (c.-à-d. établies à la valeur moyenne).

Source : Enquête auprès des peuples autochtones de 2012.

Limites et recherches à venir

La présente étude constitue un examen préliminaire des déterminants sociaux de la santé et de leur relation avec la santé autodéclarée chez les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat. Bien que l'on ait pris soin d'apparier correctement les déterminants sociaux à une variable représentative, il faut savoir que des dimensions additionnelles des déterminants sociaux de la santé, qui ne sont pas mesurées dans le cadre de l'EAPA de 2012, peuvent aussi être des prédicteurs importants de l'état de santé, notamment la qualité du développement de la petite enfance et l'environnement. En outre, pour ce qui est des déterminants sociaux pouvant être mesurés, il est possible que les variables utilisées dans le modèle de régression logistique couvrent seulement certains aspects des déterminants qu'elles représentent.

La santé autodéclarée est le résultat choisi en matière de santé dans le cadre de la présente étude. Bien que la santé autodéclarée ait été utilisée pour évaluer des cultures et des groupes socioéconomiques différents, il peut y exister des interprétations multiples pour les catégories de réponses. Les recherches à venir pourront bénéficier d'un examen de la relation entre les déterminants sociaux et les résultats objectifs en matière de santé, notamment les problèmes de santé chronique et les limitations d'activités.

L'environnement social, économique et culturel diffère dans l'Inuit Nunangat et à l'extérieur de celui-ci, restreignant ainsi la capacité de généraliser les relations entre les déterminants sociaux et la santé perçue des Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. Il pourrait être utile de vérifier si les mêmes déterminants sociaux de la santé influents existent chez les Inuits vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. De futures recherches pourront aussi permettre d'examiner quels sont les déterminants sociaux qui sont particulièrement pertinents pour chaque région de l'Inuit Nunangat. Bien que Wallace (2014) et d'autres chercheurs aient souligné l'écart au chapitre de la santé entre les Inuits et la population totale, on ne sait toujours pas dans quelle mesure cet écart peut être attribué aux différences dans les conditions socioéconomiques.

Un déterminant social donné peut non seulement avoir une incidence directe sur la santé, mais aussi influer sur des conditions exerçant elles-mêmes un effet sur d'autres déterminants sociaux (Reading et Wien, 2009; Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). Par exemple, il a déjà été démontré qu'un logement insalubre est associé à des résultats en matière de santé physique et mentale (Administrateur en chef de la santé publique du Canada, 2008). Parallèlement, les disparités en matière de logement ont été liées à l'emploi, à l'éducation et à la sécurité alimentaire, qui sont tous des facteurs associés aux résultats en matière de santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009-2010). Du point de vue de l'élaboration des politiques, il pourrait être utile d'identifier les déterminants sociaux de la santé prédicteurs de la santé au-delà de l'effet de tous les déterminants sociaux proposés dans le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami (2014).

Bien que les ouvrages recensés proposent différents déterminants sociaux qui peuvent avoir une incidence sur la santé globale, certains ne montraient aucune association avec la santé autodéclarée. Par exemple, bien que le revenu soit considéré comme un important déterminant social de la santé dans de nombreuses études, il n'était corrélé avec la santé autodéclarée pour aucun des deux groupes d'âge. Notons à ce chapitre que les constatations non significatives ne sont pas nécessairement définitives — le simple fait qu'aucune association entre deux concepts n'ait pas été décelée ne signifie pas qu'une telle association n'existe pas. En fait, l'absence de signification peut résulter de différents facteurs, comme la taille de l'échantillon ou encore des différences entre le modèle conceptuel de l'Inuit Tapiriit Kanatami et les variables de l'EAPA de 2012.

Enfin, l'EAPA de 2012 est une source de données transversales. Par conséquent, les résultats ne prévoient pas l'existence d'une relation de causalité entre la santé autodéclarée et les déterminants sociaux de la santé.

Conclusions

Dans l'ensemble, trois des déterminants sociaux mentionnés dans la présente étude étaient associés de façon significative à la santé autodéclarée à la fois chez les Inuits plus jeunes (de 15 à 24 ans) et ceux de 25 à 54 ans. Il s'agit de la solidité des liens familiaux, du niveau de scolarité atteint et de l'obésité. Les liens familiaux forts ou très forts étaient associés à des niveaux plus élevés de santé excellente ou très bonne, alors qu'on observait des niveaux plus faibles de santé excellente ou très bonne chez les répondants n'ayant pas terminé des études secondaires et ceux souffrant d'obésité.

Chez les Inuits plus jeunes, l'usage quotidien du tabac et le surpeuplement du logement étaient associés à des niveaux plus faibles de santé excellente ou très bonne, après avoir tenu compte d'autres facteurs. Dans le cas des Inuits de 25 à 54 ans, ceux qui vivaient dans un logement nécessitant des réparations majeures, qui présentaient un degré faible ou très faible de sécurité alimentaire, qui éprouvaient des difficultés à obtenir des soins de santé ou qui avaient reçu un diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété étaient moins susceptibles de se déclarer en excellente ou très bonne santé. Dans le groupe des 25 à 54 ans, les femmes inuites étaient aussi moins susceptibles que les hommes inuits de se dire en excellente ou très bonne santé, et ce, même après avoir pris en considération les autres facteurs.

Le fait que les déterminants de la santé diffèrent selon le groupe d'âge est conforme avec la perspective de parcours de vie proposée par des recherches antérieures (Reading et Wien, 2009). Par ailleurs, bien qu'il n'ait pas été possible d'utiliser les 11 déterminants dans la présente analyse, le modèle théorique de l'Inuit Tapiriit Kanatami fournit une excellente base pour étudier les déterminants sociaux de la santé et déterminer leur association avec la santé autodéclarée chez les Inuits (2014).

Annexe A

Application du modèle conceptuel de l'Inuit Tapiriit Kanatami aux déterminants sociaux de la santé des Inuits

Les paragraphes qui suivent décrivent les 11 déterminants sociaux de la santé utilisés dans le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami et, dans les situations où il était possible de mesurer ces déterminants, expliquent comment ils ont été mesurés au moyen des données de l'EAPA afin d'étudier leur relation avec la santé autodéclarée.

1) Culture et langue

Capacité de parler une langue inuite – La présente étude classifie la capacité de parler une langue inuite selon trois niveaux : 1) parle une langue inuite très bien ou relativement bien, 2) parle une langue inuite avec difficulté ou connaît seulement quelques mots et 3) ne parle aucune langue inuite.

Solidité des liens familiaux – La famille, selon l'Inuit Tapiriit Kanatami, constitue « le fondement de la culture inuite » (2015). Cette variable (cotée de 0 à 5) correspond à la solidité déclarée des liens avec les autres membres de la famille vivant dans des ménages différents, mais au sein de la même communauté. La relation entre la solidité de ces liens a été testée en postulant des liens déclarés « forts » ou « très forts » (cote de 4 ou 5) par opposition aux réponses indiquant des liens « modérés », « faibles » ou « très faibles » ou « aucune famille » (cote de 3, 2, 1 ou 0).

2) Moyens de subsistance

Avait un emploi ou travaillait dans une entreprise ou était actif dans une activité traditionnelle – Les moyens de subsistance, dans le cadre de l'Inuit Tapiriit Kanatami, « englobent un vaste éventail de facteurs sociaux qui ne se limitent pas à des concepts tels que l'emploi » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014). L'EAPA 2012 questionnait aussi les répondants au sujet de nombreuses activités au cours de l'année précédente :

- Au cours de la dernière année, avez-vous fabriqué des vêtements ou des chaussures?
- Au cours de la dernière année, avez-vous fait des œuvres artistiques ou artisanales, par exemple des sculptures, des dessins ou des bijoux?
- Au cours de la dernière année, avez-vous pratiqué la chasse, la pêche ou le piégeage?
- Au cours de la dernière année, avez-vous cueilli des plantes sauvages, par exemple des baies, du riz ou du foin d'odeur?

Si le répondant avait participé à une ou plusieurs de ces « activités traditionnelles » au moins une fois par semaine, ou si le répondant avait un emploi ou travaillait dans une entreprise, il était considéré comme « employé ou actif dans une activité traditionnelle ». Dans le cas contraire, il était considéré comme étant « ni employé ni actif dans une activité traditionnelle ».

3) Répartition du revenu

La répartition du revenu est un déterminant de la santé, puisque le manque de revenu mène « à la marginalisation et restreint l'accès aux études, à l'emploi, à de meilleurs logements et à des aliments nutritifs » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014).

Revenu du ménage – Cette variable était divisée entre les personnes dans le quartile de revenu inférieur et les personnes dans le deuxième, troisième ou quatrième quartiles. La mesure du revenu utilisée était le revenu total du ménage, après impôts et rajusté selon la taille du ménage.

4) Logement

Un logement adéquat est défini comme « un logement abordable (représentant moins de 30 % du revenu avant impôts) qui ne nécessite pas de réparations majeures et qui n'est pas surpeuplé » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2014).

Logement nécessitant des réparations – Dans le cadre de l'EAPA de 2012, on demandait aux répondants si leur logement nécessitait des réparations. La variable était définie comme un logement nécessitant seulement des réparations mineures ou un entretien régulier par rapport à un logement nécessitant des réparations majeures[2].

Surpeuplement du logement – Le nombre de personnes par pièce est une mesure commune du surpeuplement du logement[3]. Cette variable était définie comme une personne ou moins par pièce par rapport à plus d'une personne par pièce.

5) Sécurité personnelle

Le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami insiste sur l'importance de la sécurité pour la santé. Ce facteur englobe un vaste éventail d'activités et de caractéristiques, allant des comportements à haut risque tels que l'abus d'alcool et de drogues jusqu'aux répercussions à long terme des pensionnats indiens. Cependant, l'enquête ne comportait aucune question au sujet d'enjeux comme la violence et la maltraitance.

Tabagisme – Le tabagisme était inclus au chapitre de la sécurité personnelle, puisqu'il s'agit d'un comportement à risque élevé pour la santé. La variable était définie comme un répondant qui fume la cigarette tous les jours, par rapport aux répondants qui fument moins fréquemment ou pas du tout.

Consommation d'alcool – La consommation abusive d'alcool sur une base fréquente est définie comme la consommation de cinq verres et plus d'alcool en une même occasion plus d'une fois par semaine. Cette variable était définie comme un consommateur abusif d'alcool sur une base fréquente par rapport aux autres personnes. La relation entre la consommation d'alcool et la santé est compliquée par l'existence de mesures de restrictions de l'accès à l'alcool dans plusieurs communautés de l'Inuit Nunangat. Ces communautés sont souvent plus isolées et offrent un accès plus restreint à des ressources socioéconomiques et à des soins de santé, et les conditions de vie y sont plus coûteuses (Berman, 2014).

Antécédents de fréquentation d'un pensionnat indien – Les répercussions des pensionnats indiens et des écoles industrielles fédérales sont bien documentées, et l'on a constaté qu'elles touchaient de multiples générations et non pas seulement les personnes directement touchées (Spear, 2014). Cette variable était définie comme le fait pour le répondant d'avoir des antécédents personnels ou familiaux de fréquentation d'un pensionnat indien par rapport à une personne n'ayant aucun antécédent familial de fréquentation d'un pensionnat indien.

Indice de masse corporelle – Bien que le recours à l'indice de masse corporelle traditionnel ait été contesté pour l'évaluation de la population inuite (Charbonneau-Roberts et autres, 2005; Young et autres, 2007), la connexion entre les différents résultats en matière de santé et l'obésité est bien établie (Statistique Canada, 2011). Par conséquent, l'obésité est considérée représenter un risque pour la sécurité personnelle. Cette variable était définie comme « ayant un poids insuffisant, un poids normal ou faisant de l'embonpoint » par rapport à « étant obèse ». Les seuils étaient fondés sur les normes internationales formulées par l'Organisation mondiale de la Santé pour les personnes de 18 ans et plus (Organisation mondiale de la Santé, 1995) et la « méthode Cole » pour les personnes de 15 à 17 ans (Cole et autres, 2000)

2. Le concept de réparations majeures englobe la plomberie ou le câblage électrique défectueux ainsi que des problèmes de structure touchant les murs, les planchers ou les plafonds.
3. Le terme « pièce » fait référence à la cuisine, aux chambres à coucher et aux pièces finies au grenier ou au sous-sol, et exclut les salles de bain, les corridors, les vestibules et les pièces utilisées uniquement à des fins commerciales.

6) Éducation

Selon le modèle de l'Inuit Tapiriit Kanatami, l'éducation est un déterminant clé de la santé des Inuits. L'éducation est liée à de nombreux aspects de la vie qui sont étroitement liés à la santé, comme le revenu et les moyens de subsistance.

Plus haut niveau atteint – Cette variable était définie comme une personne n'ayant pas terminé des études secondaires par rapport à une personne ayant terminé ses études secondaires[4] et une personne ayant terminé des études postsecondaires. Dans le groupe d'âge des 15 à 24 ans, une catégorie a été ajoutée pour les personnes qui étaient aux études.

7) Sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire est définie comme le fait d'avoir « un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire aux besoins énergétiques et aux préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 1996).

Degré de sécurité alimentaire – L'échelle de sécurité alimentaire utilisée par l'EAPA de 2012 était dérivée de six questions de l'enquête, qui portaient sur la sécurité alimentaire au niveau de la personne et du ménage. Deux des questions demandaient aux répondants d'indiquer à quelle fréquence certains scénarios spécifiques se concrétisaient :

- « Toute la nourriture que [vous / vous et les membres de votre ménage] aviez achetée a été mangée et il n'y avait pas d'argent pour en racheter. »
- « [Vous / Vous et les membres de votre ménage] n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés. »

Les quatre autres questions demandaient aux répondants s'il leur arrivait de sauter ou de réduire la portion des repas, quelle était la fréquence des repas sautés ou des réductions de portions, s'il arrivait aux répondants de manger moins qu'ils auraient dû et s'il leur arrivait d'avoir faim parce qu'ils n'avaient pas les moyens de se procurer assez de nourriture. La variable était définie comme une personne ayant une sécurité alimentaire élevée ou marginale par rapport à une personne ayant une sécurité alimentaire faible ou très faible.

8) Disponibilité des services de santé

La possibilité d'accéder à des soins de santé appropriés est particulièrement préoccupante dans l'Inuit Nunangat :

> « L'accès aux soins de santé est souvent limité dans les communautés inuites, dont un grand nombre sont desservies par un centre de santé doté d'une infirmière et d'une infirmière praticienne. En outre, le recrutement, le maintien à l'effectif et la formation du personnel de la santé sont souvent des enjeux qui entravent l'accès aux soins primaires. »
>
> (Wallace, 2014).

Pour tenir compte de ce déterminant social, deux variables ont été utilisées.

Difficultés d'accès aux soins de santé – L'EAPA de 2012 demandait aux répondants d'indiquer s'ils avaient consulté des professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois. De plus, on demandait aux répondants s'il y avait eu une situation au cours des 12 mois précédents où des soins de santé étaient nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus; la variable était définie comme une personne ayant répondu « oui » à cette question par rapport à une personne ayant répondu « non ».

4. La catégorie « ayant terminé ses études secondaires » englobe les personnes qui ont entrepris des études postsecondaires mais qui ne les ont pas achevées.

Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires – Les soins dentaires constituent un important déterminant social de la santé, puisque différentes recherches ont mis en évidence les liens entre la santé buccodentaire et les problèmes de santé chronique, notamment le diabète et les maladies respiratoires (Santé Canada, 2008; Gionet et Roshanafshar, 2013). Cette variable était définie comme un répondant qui avait visité un professionnel des soins dentaires au cours des trois années précédant l'enquête, par rapport aux répondants dont la dernière visite remontait à plus de trois ans.

9) Bien-être mental

Présence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété – L'EAPA de 2012 questionnait les répondants au sujet de plusieurs problèmes de santé chroniques. Notamment, deux questions demandaient si le répondant avait déjà reçu un diagnostic de trouble de l'humeur comme une dépression, un trouble bipolaire, une manie ou une dysthymie et si le répondant avait déjà reçu un diagnostic de trouble d'anxiété comme une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique. La variable était définie comme un répondant ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, par rapport à un répondant n'ayant jamais reçu un tel diagnostic.

Toutefois, notons le fait que l'accès limité à des professionnels de la santé en mesure de diagnostiquer de tels troubles pourrait restreindre le pouvoir explicatif de cette variable.

10) Environnement

L'EAPA ne comporte aucune variable qui permettrait de tenir compte des facteurs environnementaux par région géographique ni des perceptions environnementales des répondants. Par conséquent, il n'a pas été possible d'analyser ce déterminant social.

11) Qualité du développement de la petite enfance

L'EAPA de 2012 ne comportait aucune question relative au développement de la petite enfance. Par conséquent, il n'a pas été possible d'analyser ce déterminant social.

Autres variables

L'analyse multivariée tient également compte du sexe et de l'emplacement géographique. Cette dernière variable utilise les tailles des centres de population de l'Enquête nationale auprès des ménages pour comparer les régions rurales (moins de 1 000 habitants) avec les petits centres de population (de 1 000 à 29 999 habitants).

Références

Administrateur en chef de la santé publique. 2008. *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, 2008, Gouvernement du Canada, produit nº au catalogue HP2-10/2008E. Ottawa.

Agence de la santé publique du Canada. 2015. *La tuberculose au Canada 2013*, http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan13pre/assets/pdf/tbcan13pre-fra.pdf (site consulté le 25 août 2015).

Bougie, Évelyne, Karen Kelly-Scott et Paula Arriagada. 2013. *Expériences au chapitre de l'éducation et de l'emploi des Premières Nations vivant hors réserve, des Inuit et des Métis : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012*, produit nº au catalogue 89-653-X au catlogue de Statistique Canada, nº 001.

Burström, Bo, et Peeter Fredlund. 2001. « Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? », *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 55, nº 11, p. 836 à 840.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 2009-2010. *Housing as a Social Determinant of First Nations*, Inuit and Métis Health. Extrait de http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/social%20determinates/NCCAH_fs_housing_EN.pdf.

Charbonneau-Roberts, Guylaine, Helga Saudny-Unterberger, Harriet V. Kuhnlein et autres. 2005. « Body Mass Index may Overestimate the Prevalence of Overweight and Obesity among Inuit », *Populations in Transition*, vol. 64, nº 2, p. 163 à 169.

Cloutier, Elisabeth, et Éric Langlet. 2013. *Enquête auprès des peuples autochtones*, 2012 : *Guide des concepts et méthodes*, produit nº au catalogue 89-653-X – nº 002 au catalogue de Statistique Canada.

Cole, Tim J., Mary C. Bellizzi, Katherine M. Flegal et autres. 2000. « Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey », *British Medical Journal*, vol. 320, nº 7244, p. 1240 à 1243.

DeSalvo, Karen B., Nicole Bloser, Kristi Reynolds, Jiang He et autres. 2005. « Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-analysis », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, nº 3, p. 267 à 275.

Distaslo, Jino, Gina Sylvester, Christa Jaccubucci et autres. 2004. *First Nations/Métis/Inuit Mobility Study: Final Report*, Institute of Urban Studies, Winnipeg, MB.

Gionet, Linda, et Shirin Roshanafshar. 2013. « Certains indicateurs de la santé des membres des Premières nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits », *Coup d'œil sur la santé*, produit nº 82-624-X au catalogue de Statistique Canada.

Huet, Catherine, Renata Rosol et Grace M. Egeland. 2012. « The prevalence of food insecurity is high and the diet quality poor in Inuit communities », *The Journal of Nutrition*, vol. 142, nº 3, p. 541 à 547.

Inuit Tapiriit Kanatami. 2014. *Social Determinants of Inuit Health in Canada*, https://www.itk.ca/media/media-release/social-determinants-inuit-health (site consulté le 13 mai 2015).

Inuit Tapiriit Kanatami. 2015. *Inuit Today*, https://www.itk.ca/about-inuit/inuit-today (site consulté le 13 mai 2015).

Organisation mondiale de la Santé. 1995. « Utilisation et interprétation de l'anthropométrie : », *Série de rapports techniques de l'OMS*, vol. 854.

Organisation mondiale de la Santé. 2013. http://www.who.int/social_determinants/fr/ (site consulté le 7 avril 2014).

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. 1996. *Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire*, Sommet mondial de l'alimentation.

Reading, Charlotte L., et Fred Wien. 2009. *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Prince George, C.-B.

Richmond, Chantelle A.M. 2009. « The Social Determinants of Inuit Health: A Focus on Social Support in the Canadian Arctic », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 68, nº 5, p. 471 à 487.

Rohrer, James E., Rodney Young, Virginia Sicola et autres. 2007. « Overall self-rated health: a new quality indicator for primary care », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 13, nº 1, p. 150 à 153.

Santé Canada. 2008. *Vie saine — Santé buccodentaire*, http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/oral-bucco/index-fra.php (site consulté le 13 mai 2015).

Santé Canada. 2011. *Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009*.

Shields, Margot, et Shahin Shooshtari. 2001. « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, nº 1, produit nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada, p. 39 à 63.

Spear, Wayne K. 2014. Full Circle: *The Aboriginal Healing Foundation and the Unfinished Work of Hope, Healing and Reconciliation*, Fondation autochtone de guérison.

Statistique Canada. 2011. « Prévalence de l'obésité chez les adultes au Canada et aux États-Unis », *Feuillets d'information sur la santé*, produit nº au catalogue 82-625-X au catalogue.

Tait, Heather. 2008. *Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : santé et situation sociale des Inuits*, produit nº 89-637-X – nº 001 au catalogue de Statistique Canada.

Tjepkema, Michael, Russel Wilkins, Sacha SenÉcal et autres. 2010. « Mortality of urban Aboriginal adults in Canada, 1991-2001 », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 31, nº 1, p. 4 à 21.

Wallace, Susan. 2014. *Santé des Inuit : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012*, produit nº 89-653-X – nº 003 au catalogue de Statistique Canada.

Wilkins, Russel, Sharanjit Uppal, Philippe Finès et autres. 2008. « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 », *Rapports sur la santé*, vol. 19, nº 1, produit nº 82-003 au catalogue de Statistique Canada.

Young, T. Kue, Peter Bjerregaard, Eric Dewailly et autres. 2007. « Prevalence of obesity and its metabolic correlates among the circumpolar inuit in 3 countries », *American Journal of Public Health*, vol. 97, nº 4, p. 691 à 695.